Tr du col utérin

les Tr du col sont ÷ en 2 partis → LIE = état pré Kc.
→ cancers invasifs du col.

	LIE	Kc du col
CDD	asymptomatique FCV	MTR provoqués
examen	nle	Tr cervicale bourgeonnante
CAT	Colposcopie + biopsies	Biopsies, IRM, IRM
Evolut°	- risque d'évolut° vers Kc col (surtt LIEHG) après rupture de la mb basale - ∅ méta	- extension loco-régionale - métastases.
TRT	Chir (conisat°)	Radiothérapie + chir.

- Les LIE apparaiss^t au n° de la zone de jonct° pavimento-cylindrique.
- le principal FDR du Kc du col est : l'infect° à HPV 16, 18, 31, ... (à haut risque)
  Cette infect° est très frqte, très souv^t transitoire.
  Seule la persistance de l'infect° expose au risque de Dvlp^t de LIE → Cancer.
- les LIE ne progressent pas systématiquem^t à un Kc, les LIE (surtt bas grades) peuvent régresser sur une période de 2 ans.

Délai M entre contaminat° à HPV et survenue du Kc est : 10-12 ans

Les états pré Kc : LIE naissent au n° de la zone de jonct°

- cette zone est fragile + ss- aux infect° par HPV
- LIE = dysplasie ou néoplasies cervicales.
- LIE sont asymptomatiques ⇒ intérêt du dépistage (prévent° secondaire)
  ↓ FCV { 1er FCV ⇒ à 25 ans. puis ⇒ chaque 3 ans après 2 FCV⊖ faits à 1 an intervalle jusqu'à ⇒ 65 ans, garder m rythme si THS après ménopause
- si FCV anle ⇒ Colposcopie + biopsie des lésions suspects.
  + coloration au lugol et acide acétique (Test de Schiller) ⇒ repérer les LIE

Dysplasie : anlie de maturat° touchant l'ép. pavimenteux de l'exocol

Dc de dysplasie = trépied : cyto-colpo-histologie.

- les résultats de la biopsie :
  - LIEBG = CIN 1 = anlies ∅ localisées au ⅓ inf des couches ∅.
  - LIEHG → CIN 2 = anlies atteignent 2/3 profonds de l'épithélium.
    → CIN 3 = anlies sur tt la hauteur de l'épithélium : ∅ in+ + anlies nucléaires et des mitoses, Respect mb basale

Scanned by CamScanner

PEC des états pré K^c :

- **LIEBG** : régression spontanée et complète très fréqte (en gle en 2 ans)
  ⇒ abstention thérapeutique + surveillance : FCV + colposcopie 6-9 mois après.
  - TRT seulemt si la lésion persiste après 18 mois = TRT destructeur : vaporisat° au laser ou électrocoagulat° ou cryothérapie ou caustiques locaux
  - si aggravat° en LIEHG = TRT par conisat° au bistouri ou à l'anse diathermique
- **LIEHG** : exérèse chir = conisat° + examen anapath.

⚠ cplct° conisat° : Hgies + ↗ risque accht préma + sténose cervicale cicatricielle

Surveillance par : FCV et test HPV (à 3-6 mois + 18 mois) puis FCV annuel.

K^c du col :

ce K^c n'est pas hormono-dépendant.

- 2e K^c gynécologique après K^c du sein
- âge m̄ : 34-45 ans
- **FDR** :
  - infect° à HPV haut risque (16, 18) +++++
  - Tabac
  - immunodépression, infect° génitales basses à répétit°, IST
  - Partenaires sexuels multiples.
  - multiparité
  - 1er rapports sexuels précoces, 1e gsse jeune
  - bas n° socio-économique ; avitaminose (vit B, carotène)
  - Contracept° oestro-progestative.
- **Anapath** :
  - → 85% : Carcinome épidermoïde.
  - → 10% : ADK ⇒ mauvais PC ⇒ méta lymphatiques.
  - → 5% : autres
- **Histoire naturelle** :
  1. infect° cervicale persistante à HPV haut risque.
  2. constitut° de LIE au n° de la zone de jonct°.
  3. puis = processus d'invasion : rupture de la mb basale :
     - ↳ invasion du stroma < 1mm + ∅ risque envahist gg (TRT conservateur possible)
     - ↳ puis carcinome micro-invasif (Ia)
     - ↳ invasion stromale > 5mm = K^c invasif vrai (Ib)
  4. extens° → loco-régionale : vagin, latéralemt (compression des uretères), vessie, rectum
     ↳ lymphatique : chaînes iliaques externes, ...
  5. métastases viscérales : foie, poumon. (emboles tumoraux vasculaires et lymphatiques)

- Dc :

* CDD : - MTR sg rouge ; indolores, provoquées
  - Pertes muco-purulents (si infect° associée) + striées de sg
  - Ds les formes avancées : cplct° urologiques, DL pelviennes, AEG, anémie.
* examen : - Spéculum : Tr bourgeonnante ; friable, ulcérée, saigne au contact, base indurée (nle si Kc micro-invasif (Ia))
  - TV : indurat°, saignemt au contact
  + TR : palpat° des paramètres,
  ⇒ Biopsies +++ (confirmer + typer KC)
* Bilan d'extension : • IRM pelvienne+++ ou TDM
  • examen s/ AG
  • TLT / TDM thoracique.
  • UIV, rectoscopie, cystoscopie.
  • écho / TDM abd
  • marqueurs Tr : ACE et SCC.

" la cytologie alerte
la colposcopie localise
la biopsie confirme "

°Classificat° de la FIGO :

* Stade I : Cr localisé au col :
  - Ia : micro-invasif (nn visible, diagnostiqué à l'histologie)
    - Ia1 : Profondeur ≤ 3 mm largeur ≤ 7 mm
    - Ia2 : "]3 - 5 mm] " ≤ 7 mm.
  - Ib : Kr invasif.
    - Ib1 : Kr cliniquemt visible, taille ≤ 4cm
    - Ib2 : " " " > 4cm
* Stade II : Kr ayant dépassé le col mais sans atteindre la paroi pelvienne ou le 1/3 inf du vagin + ∅ atteinte gg + ∅ méta.
  - IIa : ∅ atteinte paramétriale
    - IIa1 : taille ≤ 4cm n'atteint pas 1/3 inf du vagin
    - IIa2 : " > 4 cm " " " "
  - IIb : atteinte paramétriale.
* Stade III : atteinte du 1/3 inf du vagin +/- étendue jusqu'à paroi pelvienne.
  - IIIa : ∅ atteinte gg ou métastatique + ∅ atteinte de paroi pelvienne.
  - IIIb : atteinte paroi pelvienne +/- ∃ hydronéphrose ou rein muet ou tt type d'extension tumorale avec atteinte gg pelvienne + sans méta.
* Stade IV : extension Tr au delà du pelvis ou atteinte de la muq vésicale ou rectale.
  - IVA : atteinte des organes pelviens adjacents.
  - IVB : " d'organes à distance.

◦ TRT :

* Ia1 : TRT conservateur ; conisation ou hystérectomie simple +/- conservation ovarienne
* Ia2 : TRT conservateur + curage gg ou TRT radical (CHEL) : colpo-hystérectomie élargie avec lymphadénectomie.
* Ib : < 1 cm : curithérapie : Radiothérapie permettant la stérilisation des lésions cervicales et juxta cervicales puis 4-6 sem après CHEL et radiothérapie post-op si envahissement gg.
  > 1 cm : Radiothérapie puis curithérapie puis chir 6-8 sem après
  ou Radiothérapie exclusive : externe puis curi
* IIa : < 2 cm : idem Ib < 1 cm
  > 2 cm : idem Ib > 1 cm.
* IIb : idem Ib > 1 cm
* III : radiothérapie exclusive.
* IV : " palliative.

◦ K^c col et gsse :

- début gsse : ITG puis TRT
- plus tard : mini CSR puis TRT
  ou attendre la maturité foetale.